

## **PRATIQUE MÉDICALE ET SEXUALITÉ**

### **Résumé**

*La pratique médicale expose à des tentations sexuelles auxquelles de rares médecins, égarés ou dérangés, cèdent. Pourtant l'acte médical, permis par des droits particuliers reconnus aux médecins, a pour principe absolu de n'être d'aucune façon mêlé à une relation sexuelle. Il importe donc que les médecins en soient bien informés et convaincus et que leur formation les aide à éviter toute transgression. Comme tout écart expose à des conséquences fâcheuses voire dramatiques et doit être sanctionné, des dispositions ou précautions pratiques doivent être respectées, adoptées ou renforcées selon les situations.*

La pratique médicale expose à des contacts intimes susceptibles de dégénérer en relation sexuelle. Or, celle-ci correspond à un interdit absolu, si évident sans doute qu'il n'est pas précisément identifié dans le Code de déontologie médicale.

Si cela va sans dire, peut-être cela ira encore mieux en le disant, comme le suggèrent diverses observations, pas nouvelles mais plus facilement mises en évidence ces dernières années.

Ce rapport envisage seulement la sexualité au cours d'une relation de soin, excluant les rapports entre enseignants et étudiants en médecine, de même qu'entre diverses catégories de soignants qui n'ont pas la même spécificité.

### **LES FAITS**

L'examen clinique se fait en général sur un patient dénudé et comporte des contacts intimes entre mains et doigts du praticien et régions sensibles du corps du patient : en particulier examen des seins chez la femme, des parties génitales avec touchers pelviens dans les deux sexes, mais aussi autres zones érogènes selon les individus.

Or tous les patients ne sont pas vieux et décatis et pour être médecin on n'en est pas moins homme ou femme. De là surgissent des tentations auxquelles les uns et les autres sont exposés, en transgressant gravement un interdit absolu, s'ils y cédaient.

Il existe peut-être des transgressions heureuses non signalées, ce qui ne les excuse ni ne les autorise pour autant. Plus souvent on en connaît les fâcheuses conséquences, pour tous : patients, médecins et leurs proches respectifs, mais d'abord pour la relation de soins qui s'en trouve pervertie.

Le respect d'un principe logique et ancien, inhérent aux conditions de la pratique clinique, doit mettre à l'abri de situations funestes qu'on commencera par présenter.

Les exemples en abondent dans l'histoire et la littérature, d'un confrère d'Hippocrate payant de sa personne pour "traiter" la sœur d'un roi et qui s'en trouvera sévèrement puni jusqu'à des romans du XX<sup>ème</sup> siècle comme Amok de S. Zweig ou Médecine et jalousie de M. Choromanski en passant par Emma Bovary rencontrée par un officier de santé soignant son père et par nombre de films parfois scabreux.

La position respective du patient et du médecin correspond à plusieurs configurations que l'on peut schématiser comme suit :

- patiente habituelle, séduisant involontairement un homme médecin qui va se laisser aller à un viol caractérisé, éventuellement précédé par une "prémédication" (médicamenteuse, par hypnose ou persuasion) de la patiente ;
- patiente ordinaire sollicitée ou agressée par un médecin dérangé ;
- patiente consentante, voire provocatrice, invitant à un rapport éventuellement considéré comme "thérapeutique" ;
- femme médecin harcelée par un patient masculin ;
- d'autres situations sont possibles en relation homosexuelle ;

(la suite de ce texte parlera du patient et du médecin au masculin, mais d'une façon neutre, l'un et l'autre pouvant être de l'un des deux sexes).

Le type de contact en cause est plus ou moins caractérisé :

- palpation un peu appuyée, caresse prolongée,
- sur une région génitale, mammaire, buccale ...
- pénétration de doigts ou génitale allant jusqu'à un coït complet.

Enfin l'acte incriminé peut-être :

- un viol caractérisé
- un rapport par consentement mutuel, sous prétexte thérapeutique, demandé par l'un ou proposé par l'autre, ou par plaisir apparemment dissocié de l'acte médical,
- un ou des contacts ambigus.

L'incidence de ces écarts est difficile à évaluer. Elle est en augmentation apparente, entraînant des sanctions aggravées, probablement en raison d'une évolution vers une moindre tolérance à la fois des victimes, du public et du corps médical. En France, la Section Disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins a eu à connaître une quarantaine d'affaires de ce type au cours des dix dernières années. Aux Etats-Unis sur 1 % des praticiens sanctionnés chaque année, 10 % des sanctions sont motivées par une conduite sexuelle inappropriée. Psychiatres et gynécologues seraient plus exposés que d'autres.

Ces contacts et leur interprétation sont marqués par l'âge, le sexe et la personnalité des individus, ainsi que par leur culture : par exemple les patients du nord de l'Europe se dénudent d'ordinaire complètement pour se présenter au médecin, tandis qu'à l'opposé en milieu musulman traditionaliste un homme médecin peut se voir interdire d'approcher une femme ; l'histoire est également riche en variations dans le temps et selon les pays.

La connaissance de ces difficultés ou de ces risques expose les médecins à altérer de façon fâcheuse leur pratique, par exemple :

- un médecin généraliste homme, jeune ou moins jeune, hésitera et éventuellement renoncera à faire un examen gynécologique ou un frottis vaginal en préférant envoyer pour cela la femme à une consœur spécialisée ou à un laboratoire
- un autre fera plus facilement un examen de la prostate en introduisant dans le rectum une sonde d'échographie qu'en pratiquant un toucher rectal ou renoncera au toucher rectal pour demander une tomodensitométrie pelvienne ;
- une femme médecin procédera à un examen incomplet d'un homme qui lui-même s'abstient de lui signaler qu'il souffre d'une grosse bourse ;
- ces réticences peuvent s'accroître vis-à-vis d'enfants accompagnés ou non, en un temps où l'on parle beaucoup de pédophilie ;
- elles contrarient une approche globale d'un patient, évoquant notamment sa sexualité, comme cela paraît pourtant souhaitable (cf. publicité pour le sildénafil).

Tout cela rend souhaitable de libérer les médecins en particulier de préjugés, de tentations ou d'inhibitions préjudiciables à leur pratique, en commençant par leur rappeler les fondements et la force de l'interdit en question.

## **PRINCIPE**

L'interdit de relations sexuelles entre médecin et patient relève de la même logique inhérente à "l'exception médicale" que l'interdiction de donner la mort, le secret médical ou l'interdiction de faux certificats.

Son origine remonte à Hippocrate et à la fondation, par son école, d'une médecine moderne désormais basée sur une approche et une observation clinique du patient. A partir de ce moment, une bonne pratique médicale passe par un abord intime du patient qui accepte de remettre sa vie entre les mains du médecin, de se laisser examiner et de lui confier les secrets de sa vie privée. Tous les termes de cette relation sont propres au médecin et à la pratique de la médecine (complétée aujourd'hui par des professions paramédicales) et s'accompagnent du droit, dérogatoire du droit commun, donné au médecin de faire des actes autrement prohibés et réprimés. Ce droit particulier ne représente pas un " privilège " pour le médecin, mais correspond à une nécessité de la pratique médicale pour permettre aux patients de recevoir convenablement les soins que leur état requiert.

Ce principe a été exprimé le mieux récemment dans la loi, inséré à l'article 163 du Code civil :

*" Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ".*

(Le second alinéa de cet article ayant trait au consentement de la dite personne est bien secondaire, c'est-à-dire que ce consentement n'autorise pas à porter atteinte à l'intégrité du corps humain s'il n'y a pas d'abord nécessité médicale).

Ce droit particulier donné au médecin pour lui permettre de remplir sa mission de soins a pour contrepartie l'interdiction d'en abuser, pour protéger les intérêts du patient.

Cela a été formulé pour ce qui nous concerne ici dès le Serment d'Hippocrate qui a introduit le médecin au domicile et auprès de la personne malade pour pouvoir l'examiner directement :

*“ Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves ”.*

Pour les premiers médecins, la prohibition de la “ séduction ” du patient n'avait même pas besoin d'être mentionnée tant elle va de soi.

Dans le premier ouvrage en français de Déontologie médicale (1845), le Dr Max. Simon précise que le médecin, un homme à cette époque, doit être chaste sans être prude et que vis-à-vis d'une patiente, il doit respecter sa pudeur tout en la soumettant aux examens nécessaires, sans se laisser séduire ni prendre, parfois, à son jeu.

En paraphrasant ce qui est bien connu pour le secret médical on pourrait dire : il n'y a pas de soins de qualité sans examen complet et éventuellement exploration intime - physique et psychologique - d'un patient ; il n'y a pas de tel examen sans que le patient se dénuide volontairement ; il n'y a pas de malade qui se dénuide sans la certitude que le médecin n'en abusera pas.

Se dénuder devant une personne avec laquelle on n'a pas de relation intime ne va pas de soi et comporte le plus souvent quelque gêne de part et d'autre, mais cela est nécessaire à l'acte médical. Celui-ci se trouverait contrarié si le patient pouvait craindre d'une quelconque manière que le médecin profite de cette situation pour l'exploiter dans un objectif n'ayant rien à voir avec l'acte médical.

Cette question n'est évoquée qu'indirectement dans le code de déontologie médicale :

- article 2 : respect de la personne et de sa dignité ;
- article 3 : respect des principes de moralité, repris dans le Serment médical (“ ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs ”) ;
- article 31 : “ Tout médecin doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci. ” ;
- article 51 : pas d'immixtion sans raison professionnelle dans la vie privée des patients.

Ce principe est valable pour des professions paramédicales comme en particulier, les infirmières, les kinésithérapeutes ou les psychothérapeutes.

Un document, sans valeur officielle, concernant la déontologie des sexologues, qui ne sont pas nécessairement médecins, est plus explicite :

*“ Le sexologue s’abstient de toutes relations sexuelles avec ses patients, ainsi qu’avec ses étudiants en formation ou collègues en supervision. S’il pratique des touchers corporels, il ne cherche pas à provoquer une excitation sexuelle... Le sexologue ne se prêtera à aucun ébat sexuel en colloque singulier comme en collectif thérapeutique. ”.*

## **RECOMMANDATIONS**

La première nécessité est d’avoir conscience de ces problèmes qui ne doivent plus être tabous mais au contraire reconnus clairement. La pratique médicale expose à des contacts qui ont naturellement une connotation sexuelle, certains patients sont provocants, les médecins ont des moments de distraction ou de faiblesse. Il en découle des risques auxquels il est bon d’être attentif pour les éviter ou y remédier. Plutôt que de les occulter ou de les ignorer, il vaut mieux les affronter et s’en préserver. Cette nécessité s’impose d’autant plus à un médecin que, plus qu’un autre il se doit de protéger des personnes affaiblies ou vulnérables, notamment des handicapés, pour quelque raison ou sous quelque forme que ce soit, et il serait évidemment odieux d’exploiter cette faiblesse en abusant de son autorité de médecin et des circonstances. Le caractère absolu de l’interdit doit aussi éviter de s’exposer à des arguments qui feraient valoir un prétendu intérêt du patient et entraînerait sur une pente glissante. Tout échange sexuel entre un soignant et un patient est une transgression grave, identifiée en tant que telle et réprimée pénalement dans certains Etats.

Cette évidence et ce qui en découle doivent être pris en compte par la formation des médecins, initiale et continue. Actuellement une minorité de praticiens sont sensibilisés à ces questions et prémunis ou armés contre les risques correspondants. Cela devrait pourtant faire partie d’un programme obligatoire de formation théorique et pratique. Non seulement les médecins doivent être clairement informés sur l’existence de l’interdit, mais ils devraient aussi bénéficier d’une formation pratique sur les conduites à tenir dans des situations délicates. Par exemple en Hollande l’apprentissage des touchers pelviens bénéficie d’un protocole précis, les étudiants examinant des volontaires sains sous le contrôle d’un moniteur guidant leur comportement face à une réaction imprévue. Les médecins peuvent être exercés à voir un patient dénudé, à le soumettre à des contacts délicats en considérant tout cela comme naturel et ne devant en aucun cas aller plus loin. Chacun peut s’entraîner à contrôler des réactions personnelles qui peuvent être aussi naturelles mais doivent être endiguées.

Le médecin étant ainsi bien assuré développera lui-même des précautions appropriées selon les cas dont quelques-unes peuvent être indiquées :

- principalement avoir un comportement et une attitude de bonne tenue, avec une réserve de bon aloi, sans familiarité déplacée (tutoiement par exemple) ;
- éviter de faire dénuder les malades inutilement ; déjà Hippocrate déconseillait de déshabiller un malade en présence de témoins : proches du patient, élèves ou assistants du médecin ; quand un examen suppose un déshabillage complet, il peut se faire successivement pour le haut et le bas du corps ;

- éviter certains regards à des moments critiques du déshabillage, qui se fera mieux à l'abri d'une cloison ou d'un paravent, ou d'une exploration intime ; cependant regarder le visage pendant un toucher pelvien est plutôt recommandé en cas d'examen sensible et beaucoup de malades ferment les yeux à ce momentlà ;
- accompagner l'examen de paroles indiquant ou expliquant ce que l'on va faire, ce que l'on fait, ce que l'on trouve pour réduire les risques de surprise ou d'interprétation tendancieuse de la personne examinée et se donner une contenance ;
- procéder à certains examens, tout en respectant la pudeur, en présence d'un témoin proche du malade (parent pour un jeune enfant par exemple ou une autre personne pour un mineur) ou aide du médecin, mais certains examens gagnent à n'avoir aucun témoin ;
- évoquer avec assurance mais prudence certains sujets sensibles lors de l'entretien avec le patient ;
- détecter des sujets ou des situations à risques pour renforcer certaines précautions, en sachant que certains patients peuvent, pour diverses raisons, fabuler ; ce dernier point renforce la recommandation générale d'éviter de soigner une personne proche, ici un conjoint ou un amant ; lorsqu'un médecin intervient comme auxiliaire de la justice pour procéder à une fouille intime, il doit annoncer à l'individu dans quelles conditions il intervient, que ce dernier peut refuser l'investigation et, autrement, la pratiquer de préférence en présence d'un témoin ;
- éviter même une relation intime avec un ancien malade sur lequel le médecin dispose d'indications anciennes d'ordre professionnel (cependant une authentique relation amoureuse peut émerger entre un soignant et un soigné : le soigné doit alors être pris en charge par un autre soignant)

En somme il faut apprendre à reconnaître et à respecter "la bonne distance" dans la relation de soins.

Enfin, si toutes ces mesures n'ont pas été suffisamment efficaces, toute transgression de l'interdit appelle une sanction. Toute plainte de patient doit être prise en considération pour laisser les instances disciplinaires intervenir comme elles le doivent.

Cependant tout médecin faisant l'objet d'une plainte ou de poursuites bénéficie, comme quiconque dans notre pays, d'une présomption d'innocence jusqu'à ce que la justice ou l'instance disciplinaire ait tranché. Il est nécessaire de défendre des médecins qui peuvent être victimes de calomnies volontiers relayées par les médias.

## REFERENCES :

- Bloom JD, Nadelson CC, Notman MT, eds. Physician sexual misconduct. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999
- Choromanski M, Médecine et jalousie – La Grande Motte, Anabase, 1995

- Dehlendorf CE, Wolfe SM, Physicians disciplined for sex-related offenses – JAMA, 1998, 279, 1883-8
- Groupe d'auteurs, Sexe et médecine – Pratiques, 1999, n°6
- Hœrni B, L'examen clinique d'Hippocrate à nos jours - 2<sup>ème</sup> édition Paris, Imothep/Maloine, 2000
- Hœrni B, Déontologie de l'examen clinique. (Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins). Bull. Ord. Med. Juin 1998
- Morenon J, Morenon M, Histoire naturelle de la pudeur. Synapse 1996, n° 129, 16-22
- Morris D, Le singe nu, Paris, Grasset., 1968
- Phillips SP, Schneider MS, Sexual harassment of female doctors by patients – N. Engl. J. Med., 1993, 329, 1936-9
- Scutchfield FD, Benjamin R, The role of the medical profession in physician discipline – JAMA 1998, 279, 1915-6
- Vallès G, Sexualité et relation médecins-malades – Prat. Sud-Ouest - 20 septembre 1989, 5-6
- Zweig S, Amok ou le fou de Malaisie - Paris, Stock, 1994